



Capacidade funcional de idosos com e sem medo de cair

*Functional Capacity of Elderly
With and Without Fear of Falling*

FisiSenectus . UnoChapécó
Ano 4, n. 2 - Jul/Dez. 2016
p. 22-29

Paula Cristina Faria Lana. paulalana42@yahoo.com.br
Fisioterapeuta. Centro Universitário de Belo Horizonte – UNI-BH.

Sabrina Aparecida Silva. sabrinasyllva1@hotmail.com
Fisioterapeuta. Centro Universitário de Belo Horizonte – UNI-BH.

Mariana Lúcia Costa Castro. mariple13@hotmail.com
Fisioterapeuta. Centro Universitário de Belo Horizonte – UNI-BH.

Resumo

Objetivo: Avaliar a capacidade funcional de idosos com e sem medo de cair. **Materiais e métodos:** Sessenta e um idosos foram divididos em dois grupos segundo os escores obtidos na Falls Efficacy Scale International (FES-I-Brasil) e foram avaliados quando à capacidade funcional ao realizar o teste Short Physical Performance Battery (SPPB), que avalia força, equilíbrio e velocidade da marcha. Para as comparações entre os grupos, foi utilizado o teste *t* para amostras independentes e o teste de Pearson para investigar possíveis correlações entre os escores da FESI-Brasil e demais variáveis ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Trinta e sete idosos atingiram nota \geq a 23 na FES-I-Brasil e foram alocados no Grupo 1 (G1, $n=37$; idade = $70,88 \pm 0,88$ anos), e 24 idosos foram classificados como sem medo de cair e foram alocados no Grupo 2 (G2, $n=24$; idade = $69,33 \pm 0,90$). Os grupos foram diferentes em relação à velocidade da marcha (G1: $VM=3,10 \pm 0,09$ m/s e G2: $VM=0,93 \pm 0,03$; $p=0,01$) e ao número de doenças (G1 = $4,13 \pm 0,21$ doenças e G2 = $3,00 \pm 0,44$ doenças; $p=0,01$). Houve correlação entre a FESI e número de doenças (FESI x VM $p=0,03$ $r=-0,61$ e FESI x doenças $p=0,01$ $r=0,58$). **Conclusão:** Este estudo identificou que idosos da comunidade com medo de cair possuem maior número de doenças e andam mais devagar.

Palavras-chave

Idosos; Medo; Quedas; Autoeficácia; Funcionalidade.

Abstract

Objective: evaluate the functional capacity of elderly with and without fear of falling. **Materials and methods:** Sixty-one elderly were divided into two groups according to the score obtained in the Falls Efficacy Scale International – FES-I and were evaluated related to the functional capacity to perform Short Physical Performance Battery (SPPB) which measures the strength, balance and gait speed. For comparisons between groups the t test was used for independent samples and the test Pearson test to investigate possible correlation the scores of FESI and other variables ($p \leq 0,05$). **Results:** Thirty-seven elderly achieved score ≥ 23 on the FES-I and were allocated in Group 1 (G1, $n=37$; age = $70,88 \pm 0,88$ years) and 24 elderly were classified as without fear of falling and they were allocated in Group 2 (G2, $n= 24$; age= $69,33 \pm 0,90$ years). The groups were different in relation to gait speed (G1, GP: $3,10 \pm 0,09$ p 0,02; GP(m/s): $93 \pm 0,03$ p 0,01; diseases: $4,13 \pm 0,21$ p 0,01) and the number of diseases. There was correlation between the FES-I and the number of diseases (FESI x GP p 0,03 r 0,61 e FESI x disease p 0,01 r 0,58). **Conclusion:** This study found that of older adults with fear of falling have more diseases and move more slowly.

Keywords

Elderly; Fear; Falling; Self-efficacy; Functionality.

Introdução

O aumento populacional de idosos é um fenômeno universal que ocasiona mudanças na pirâmide etária, sendo o Brasil o sétimo lugar na lista dos países mais envelhecidos do mundo. Estima-se que em 2025 o nosso país ocupe a sexta posição^{1,2}. A capacidade funcional é considerada como um importante marcador do envelhecimento bem-sucedido e da qualidade de vida dos idosos. Pode ser definida como habilidade de manter as atividades mentais e físicas necessárias, ou seja, o idoso pode viver sem ajuda para as atividades básicas de vida diária (AVD) e as atividades instrumentais (AIVD)^{3,4}.

O comprometimento da capacidade funcional pode estar associado à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, maior risco de quedas, morbidade e mortalidade, acarretando, assim, em complicações na terceira idade⁴. A capacidade funcional pode ser avaliada por meio do teste *Short Physical Performance Battery* (SPPB), capaz de avaliar o equilíbrio, a velocidade da marcha e a força muscular. O teste possui o escore total obtido pela soma dos três testes, visto que quanto maior a nota, melhor o desempenho⁵.

O medo de cair é descrito como um sentimento de grande inquietação ante a noção de um perigo real, aparente ou imaginário de quedas¹. Atualmente, os estudos têm definido o medo de cair como o

baixo senso de autoeficácia^{5,6}. A autoeficácia é entendida como autoconfiança. Pessoas com grande senso de autoeficácia normalmente são capazes de superar situações desafiadoras, focando-se mais nas atividades do que nos obstáculos. Já as pessoas com baixo senso de autoeficácia tendem a focar-se mais nas suas limitações, enfatizando suas dificuldades⁶.

O medo de cair tem sido incluído em um círculo vicioso, que inclui o risco de quedas, o déficit de equilíbrio e mobilidade, o declínio funcional e da qualidade de vida, repercutindo em mais medo⁶. O senso de autoeficácia relacionado às quedas pode ser avaliado pela *Falls Efficacy Scale-International* (FES-I Brasil), que verifica a preocupação com a possibilidade de cair ao realizar 16 atividades de vida diária. O escore total é dado pela soma de todas as atividades perguntadas, e uma pontuação igual ou maior a 23 identifica o idoso com risco potencial de quedas¹.

Atualmente, o medo de quedas vem sendo reconhecido como um problema de saúde para a população idosa, inclusive naqueles idosos que nunca caíram, o que pode levar à redução das atividades funcionais, associado a desfechos variados, como quedas, declínio funcional e depressão. A redução das atividades funcionais por medo de cair, em níveis excessivos, pode reduzir a interação social, gerar inatividade física e comprometer a qualidade de vida⁹. Logo, o objetivo do presente estudo foi de comparar a capacidade funcional de idosos com e sem medo de cair.

Materiais e métodos

Tratou-se de um estudo observacional com delineamento transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNI-BH), MG, Brasil (Parecer 44967815.0.0000.5093). Os voluntários foram idosos da comunidade de Belo Horizonte e região metropolitana. Para o recrutamento dos voluntários, os membros da equipe do projeto fizeram uma divulgação informando que estava sendo feito um trabalho com os idosos da comunidade, alertando o dia, horário e local da coleta. Assim, os pesquisadores esperavam os voluntários e os abordavam convidando-os a participar do estudo. As avaliações dos voluntários foram realizadas na Clínica Integrada da Saúde do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH) e em espaços apropriados para coleta que fossem capazes de reproduzir, da melhor forma possível, o espaço da clínica do UNIBH. Foi tomado o cuidado para que o ambiente fosse adequado para a execução dos testes; como, por exemplo: o piso deveria ser plano e regular e poder ser demarcado, os assentos deveriam estar em bom estado, era necessária boa iluminação, e o ambiente sem riscos de acidentes, entre outros detalhes. O período da coleta de dados foi de outubro de 2015 a fevereiro de 2016.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 60 anos; ambos os sexos; ser capaz de levantar-se da cadeira, ficar de pé e andar a distância de 8 metros sem ajuda e apresentar estado cognitivo preservado segundo o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM – 13, para analfabetos; 18, para indivíduos com um a sete anos de escolaridade; e 26, para oito anos ou mais de escolaridade)⁸. Ainda, foram excluídos do estudo aqueles que estavam em tratamento fisioterápico no período da coleta de dados; que tivessem doenças neurológicas, cardiovasculares e/ou musculoesqueléticas que impossibilitassem a realização dos testes.

Por cuidados metodológicos, os examinadores realizaram um treinamento antes do início da coleta de dados, no qual foi estipulada a melhor forma de realizar as perguntas do questionário, da entrevista da FESI-Brasil e a execução do SBBP, de

forma que todos os examinadores adotassem os mesmos critérios entre si. Sendo assim, estabeleceu-se um passo a passo que foi seguido com todos os voluntários.

Os voluntários foram submetidos a uma única entrevista. Inicialmente, responderam a um questionário clínico e demográfico elaborado pelos pesquisadores do estudo, contendo perguntas como: dados pessoais, doenças associadas, medicamentos em uso, medidas antropométricas, histórico de quedas e entre outros. Em seguida, foi aplicada a escala FES-I-Brasil¹ sob a forma de entrevista, para avaliar o medo de cair; e, finalmente, os participantes executaram o teste SPPB⁵ para avaliar a capacidade funcional. Após a coleta dos dados, a amostra foi dividida em dois grupos. Idosos com o escore igual ou superior a 23 na FES-I-Brasil¹ foram incluídos no grupo com medo de cair (G1); e aqueles que obtiveram escore menor que 23 foram incluídos no grupo sem medo de cair (G2).

Instrumento para coleta Short Physical Performance Battery

A capacidade funcional foi avaliada pelo teste *Short Physical Performance Battery* (SPPB) versão brasileira, composto por três testes que avaliavam o equilíbrio, a velocidade de marcha e a força muscular⁵. O teste será descrito a seguir:

- Primeiramente, avalia-se o equilíbrio estático do indivíduo em três posturas distintas: de pé com os pés unidos, na postura semitandem e na postura tandem, devendo o voluntário permanecer por 10 segundos nas posturas. É importante ressaltar que o voluntário somente irá realizar as três etapas do teste, caso passe na primeira e assim sucessivamente.
- Na segunda etapa do teste é determinada a velocidade da marcha, quando o voluntário caminhará com passos habituais em um percurso plano e regular de 8 metros e o tempo gasto para a execução do teste será cronometrado no percurso de 4 metros, desconsiderando-se os 2 metros iniciais e finais, por se tratarem das fases de aceleração e desaceleração da marcha. A velocidade da marcha será, então, determinada dividindo-se a distância percorrida pelo tempo gasto para percorrer os 4 metros.

- A terceira e última etapa consiste em avaliar a força muscular de membros inferiores, realizado por meio do teste Senta e Levanta, quando o voluntário irá sentar e levantar de uma cadeira por cinco vezes consecutivas, sem o auxílio dos membros superiores, com registro do tempo gasto para sua realização.

Para cada etapa do teste, o voluntário recebe uma pontuação de acordo com a execução da tarefa, do tempo e da capacidade de realizar. O escore total do SPPB é obtido através da somatória entre os resultados dos testes aplicados, sendo a pontuação/classificação de zero (pior desempenho) a 12 (melhor desempenho)⁵.

Falls Efficacy Scale-International

A autoeficácia relacionada às quedas foi medida pela versão brasileira da **Falls Efficacy Scale-International** (FES-I-Brasil), que avalia a preocupação com a possibilidade de cair ao realizar 16 atividades, com escores de 1 a 4 pontos por atividade (sendo 1: nem um pouco preocupado; 2: pouco preocupado; 3: muito preocupado; e 4: extremamente preocupado)¹. O escore total é obtido pela soma da pontuação em todas as atividades. Atualmente, uma pontuação maior ou igual a 23 pontos indica o idoso com risco potencial de queda¹.

Análise estatística

Foi feito cálculo amostral utilizando dados de estudos anteriores que tiveram como desfecho principal os resultados da escala de autoeficácia FESI-Brasil, determinando a necessidade de 50 voluntários. Foram utilizadas análises descritivas da amostra, com valores de média e desvio-padrão para as variáveis numéricas. A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste de **Kolmogorov-Smirnov**, e todas as variáveis foram consideradas com distribuição normal, justificando a utilização da estatística paramétrica. Para as comparações entre os grupos com e sem medo de cair, utilizou-se o **teste t** para amostras independentes. O teste de correlação de **Pearson** foi utilizado para identificar possíveis correlações entre os escores da FES-I-Brasil e números de doenças e os escores do SPPB. Todas as análises foram realizadas no

programa estatístico SPSS 17.0 e foi considerado o nível de significância de **0,05**.

Resultados

Neste estudo, dos 61 idosos avaliados, 73,7% (n = 45) eram do gênero feminino e 26,2% (n = 16) do gênero masculino. Os voluntários foram divididos em dois grupos. O G1 (com medo de cair) composto por 37 idosos com idade média de 70,88 ± 0,88; e o G2 (sem medo de cair) por 24 idosos com idade média de 69,33 ± 0,90. Do total da amostra 59% (n = 36) dos voluntários praticavam exercício físico regular e 40,9% (n = 25) afirmaram não praticar exercício físico regularmente. As demais características da amostra estão demonstradas na

Tabela 1.

Trinta e sete idosos (60,6%) obtiveram nota igual ou superior a 23 na FES-I e foram alocados no grupo 1. Vinte e quatro idosos (39,3%) apresentaram nota abaixo do ponto de corte, sendo alocados no grupo 2. Os resultados da avaliação do desempenho funcional pelo SPPB (escore total e resultado dos testes individuais de velocidade da marcha (VM), equilíbrio e senta-levanta (TSL); e dos valores absolutos da VM e TSL) encontram-se expressos na **Tabela 2**. Houve diferença significativa no teste de velocidade da marcha do G1 (G1: escore: 3,10 ± 0,09 - G2: 3,96 ± 0,08 **p** = 0,02), e do valor absoluto (m/s) da VM (G1: escore: 0,93 ± 0,03 - G2: 1,11 ± 0,08 **p** = 0,01).

Constatamos, no estudo, uma correlação entre a autoeficácia relacionada às quedas medida pela FES-I com a velocidade da marcha (FESI **versus** VM: **p** = 0,03 e **r** = -0,61) e no número de doenças (FESI **versus** Nº doenças: **p** = 0,01 e **r** 0,58) dos voluntários com medo de cair. Ou seja, idosos com medo de cair possuem maior número de doença e andam de forma mais lenta ou vice-versa (**Tabela 3**).

Discussão

O presente estudo, realizado com os idosos da comunidade, demonstrou associação entre a velocidade da marcha, número de doenças e o senso de

autoeficácia para prevenir quedas. Os grupos foram diferentes em relação ao número de doenças e à velocidade da marcha (tanto no escore total do SPPB quanto nos valores absolutos da VM).

Segundo Camargos et al.¹, a FES-I-Brasil foi adequadamente adaptada para a população de idosos brasileiros da comunidade. É considerado como um instrumento promissor para a avaliação do medo de cair tanto em pesquisas como na prática clínica, por ser de fácil aplicabilidade e durar em torno de 5 a 10 minutos para sua aplicação. De acordo com os resultados obtidos neste estudo, observou-se correlação moderada e negativa ($r = 0,61$; $p=0,03$) entre o senso de autoeficácia para prevenir quedas e a velocidade da marcha e uma correlação moderada e positiva ($r = 0,58$; $p = 0,01$) entre o senso de autoeficácia e número de doenças. Ou seja, idosos com medo de cair possuem maior número de doença e andam de forma mais lenta ou vice-versa.

Como descrito anteriormente, houve uma correlação moderada e positiva entre a FES-I-Brasil e o número de doenças dos idosos com medo de cair. Os estudos vêm mostrando que um maior número de doenças, sejam elas agudas ou crônicas, em idosos é um fator importante para a qualidade de vida desta população^{6,8}. Sabe-se que idosos com maior número de comorbidades têm mais chances de serem frágeis e apresentarem mobilidade reduzida. O medo de cair surge como um dos mecanismos que levam à limitação funcional.

Sabe-se que o medo que cair compromete a capacidade funcional de idosos da comunidade^{6,9}; entretanto, quando avaliado nesse estudo (por meio do teste SPPB), não foi encontrada uma diferença significativa entre grupos nos escores do equilíbrio e da força muscular. Pressupõe-se que os resultados possam ter sido influenciados pelas características dos voluntários como idade, prática de atividade física regular e talvez pelo fato de o teste SPPB não ser sensível o suficiente para detectar diferenças na mobilidade dos participantes com e sem medo de cair.

Caminhar é considerada uma atividade funcional complexa, dependente de diversas capacidades físicas, como o estado de saúde do indivíduo,

condições musculoesqueléticas, função sensorial e perceptiva, nível de atividade habitual, assim como as suas características ambientais^{11,12}. Rezen-de et al.¹³ definem a marcha como um resultante da interação dos sistemas neurológico, musculoesquelético, vestibular e somatossensorial. A VM é considerada, nos dias atuais, como um importante indicador do estado geral de saúde e vitalidade de pessoas idosas^{12,15}.

De acordo com a avaliação funcional, os participantes do G1 apresentaram escore da VM no teste SPPB de $3,10 \pm 0,09$ e VM média de $0,93 \pm 0,03$ m/s. Tal resultado nos faz concluir que os idosos que têm medo de cair andam mais devagar. Estudos apontam que idosos que caem durante a marcha podem ter maior risco de incapacidades em longo prazo, devido às consequências físicas, psicológicas e sociais que a queda traz ao idoso, o que pode levar à restrição de atividades e à perda da independência¹⁴.

Apesar de os grupos não apresentarem diferenças em relação ao escore total do SPPB, podemos perceber que idosos com medo de cair andam com VM inferior a 1,0 m/s e aqueles sem medo de cair, com VM superior a este valor. Fritz & Lusardi¹⁶ sugerem que idosos com VM inferior a 1,0 m/s estão mais propensos a serem dependentes nas AVD's, a serem hospitalizados e a necessitarem de reabilitação para reduzir o risco de quedas, além de serem mais dependentes na marcha fora de casa, o que corrobora os dados alcançados.

Por tamanha relevância nos dias atuais, Studenki et al.¹⁵ afirmam que a VM pode ser considerada o sexto sinal vital, porque reflete problemas patológicos ocultos e prevê o estado de saúde futuro e possíveis declínios funcionais. Consideram ainda como a "medida quase perfeita", por ser uma ferramenta de rastreamento de fácil acesso na prática clínica que deveria ser usada para oferecer informações sobre a capacidade funcional da população idosa¹⁷. Considerada tão importante quanto a monitorização rotineira da pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, frequência respiratória e relato de dor, a VM pode fornecer uma perspectiva funcional relevante para o estado de saúde do idoso^{13,15}. Dessa forma, podemos observar uma relação direta com os participantes do G1 que andaram mais devagar na execução do teste SPPB.

Como demonstrado nos resultados, observamos, neste estudo, uma correlação moderada e negativa entre os escores da FES-I-Brasil e a velocidade da marcha, indicando que os idosos com pior senso de autoeficácia para prevenir quedas apresentaram marcha mais lenta. O desenho do presente estudo não nos permite falar de causa e efeito, mas sabe-se que essa relação é bidirecional, onde idosos com medo de cair podem andar de forma mais lenta e/ou idosos que andam com menor velocidade da marcha podem apresentar medo de cair.

Ressalta-se que o estudo apresenta algumas limitações. A primeira refere-se ao fato de se tratar de um estudo transversal, que impossibilita estabelecer uma relação de causalidade, ou seja, é impossível saber se o medo de cair diminui a velocidade da marcha ou vice-versa, podendo-se apenas destacar a relação entre as variáveis. Além disso, a amostra deste estudo é de conveniência – ou seja, o processo de seleção não foi aleatorizado – e talvez tenha sido composta por idosos mais ativos e independentes, fato que pode ter reduzido a validade interna do estudo. Mesmo assim, os resultados que foram obtidos são de grande relevância para a área da gerontologia, uma vez que estudos que investigam a relação do medo de cair com a força muscular, equilíbrio e marcha ainda são escassos. Outrossim, o conhecimento da relação entre o medo de cair e a velocidade da marcha, podem fornecer subsídios para a melhor avaliação e tratamento da população idosa. Novos estudos como este devem ser realizados com o intuito de fornecer evidências mais robustas acerca dessas relações.

Conclusão

Idosos da comunidade com medo de cair possuem maior número de doenças e andam mais devagar e vice-versa. Além disso, este estudo identificou uma relação entre o medo de cair, a velocidade da marcha e o número de comorbidades. Portanto, a avaliação da velocidade da marcha e do medo de cair devem fazer parte do processo de avaliação e tratamento da população idosa.

Referências

1. Camargos FFO, Dias RC, Dias JMD, Freire MTF. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale - International em idosos Brasileiros (FES-I-BRASIL). Rev. bras. fisioter. [online]. 2010; 14(3):237-43.
2. Lustosa PL, Oliveira AL, Santos SL, Guedes CR, Parentoni NA, Pereira MSL. Efeito de um programa de treinamento funcional no equilíbrio postural de idosos da comunidade. Fisioter Pesq. 2010; 17(2):153-56.
3. Fhon SRJ, Wehbe FCCS, Vendruscolo PRT, Marques SS, Rodrigues PAR. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012 Set/Out; 20(5):[8 telas].
4. Guimarães TCHL, Galdino ACD, Martins MLF, Abreu RS, Lima M, Vitorino MFD. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. Revista Neurociências. 2004 Jul/Set; 12(3):130-33.
5. Marchon MR, Cordeiro CR, Nakano MM. Capacidade Funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2010; 13(2):203-14.
6. Teixeira DC, Oliveira IL, Dias RC. Perfil Demográfico, Clínico e Funcional de Idosos Institucionalizados como História de Quedas. Rev. Fisioterapia em movimento. 2016; 19(2):101-08.
7. Yoshitome AY, Ferreira DCO. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2010.
8. Fernandes MG, Oliveira LRMF, Talitha K, Barbosa F, Rodrigues DMM, Bastos AAR. Avaliação do medo de cair em idosos em atendimento ambulatorial. Rev Enferm UFPE. 2013 Abr; 7(4):1160-66.
9. Perracini MR, Fló CM. Fisioterapia: Teoria e prática clínica, funcionalidade e envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

- 10.** Guedes RC, Dias RC, Pereira LSM, Silva SLA, Lustosa LP, Dias JMD. Influence of dual task and frailty on gait parameters of older community-dwelling individuals. *Braz J Phys Ther.* 2014 Sep/Oct; 18(5):445-52.
- 11.** Wamser LE, Valderramas RS, Paula AJ, Schieferdecker MEM, Amarante PT, Pinotti F et al. Melhor Desempenho No Teste Timed Up Go Está Associado a Melhor Desempenho Funcional em Idosas da Comunidade. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2015; 9(4):138-43.
- 12.** Van Kan GA, Rolland Y, Andrieu S, Bauer J, Beauchet O, Bonnefoy M, et al. Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people: an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) task force. *J Nutr Health Aging.* 2009; 13(10):881-89.
- 13.** Rezende BAA, Silva LI, Cardoso BF, Beresford H. Medo dos idosos em sofrer quedas recorrentes: a marcha como fator determinante da independência funcional. *Rev. Acta Fisiartr.* 2010; 17(3):117-21.
- 14.** Physical performance measures in the clinical setting. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51(3):314-22.
- 15.** Studenski S, Perera S, Wallace D, Chandler JM, Duncan PW, Rooney E, et al. Physical performance measures in the clinical setting. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51(3):314-22.
- 16.** Fritz S, Lusardi M. White paper: walking speed: the sixth vital sign. *J Geriatr Phys Ther.* 2009; 32(2):2-5.
- 17.** Montero-Odasso M, Schapira M, Soriano ER, Varela M, Kaplan R, Camera LA, et al. Gait velocity as a single predictor of adverse events in healthy seniors aged 75 years and older. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2005; 60(10):1304-09.

Anexos

Tabela 1 – Características demográficas, antropométricas e clínicas da amostra.

Variável	Medo	N	Média	Desvio-padrão	Valor <i>p</i>
Idade	G1	37	70,88	0,88	0,30
	G2	24	69,33	0,90	
Nº Doenças	G1	37	4,13	0,21	0,01*
	G2	24	3,00	0,44	
Medicamentos	G1	37	3,79	0,43	0,27
	G2	24	3,05	0,50	
IMC kg/m ²	G1	37	26,85	0,68	0,78
	G2	24	27,19	0,93	

n: número de Idosos; G1: grupo com medo de cair; G2: grupo sem medo de cair; IMC: Índice de massa corpórea; * nível de significância positivo do teste *t* para amostras independentes.

[\(clique para voltar ao texto\)](#)

Tabela 2 – Média e desvio-padrão (± DP) das variáveis do SPPB e do valor absoluto da VM e TSL.

Variável	Medo	N	Média	Desvio-padrão	Valor <i>p</i>
SPPB Total	G1	37	8,74	0,30	0,15
	G2	24	9,61	0,56	
SPPB EQ	G1	37	3,00	0,17	0,50
	G2	24	3,22	0,29	
SPPB TSL	G1	37	2,18	0,18	0,10
	G2	24	2,72	0,28	
SPPB VM	G1	37	3,10	0,09	0,02*
	G2	24	3,96	0,19	
VM (m/s)	G1	37	0,93	0,03	0,01*
	G2	24	1,11	0,08	
TSL (s)	G1	37	15,69	0,82	0,09
	G2	24	13,26	0,97	

SPPB: Short Physical Performance Battery; EQ: equilíbrio; VM: velocidade da marcha; TSL: teste senta e levanta; VM (m/s): valores absolutos; TSL(s): valores absolutos; *nível de significância positivo do teste *t* para amostras independentes.

[\(clique para voltar ao texto\)](#)

Tabela 3 – Correlação entre a FESI-Brasil e a velocidade da marcha e número de doenças.

Variável	<i>p</i>	<i>r</i>
FESI X VM	0,03*	- 0,61
FESI X Nº DOENÇAS	0,01*	0,58

FESI: Falls Efficacy Scale-International; VM: velocidade da marcha; *p** nível de significância; *r*: índice de correlação entre as variáveis.

[\(clique para voltar ao texto\)](#)